

- * 知識・技能習得訓練コース
- * 実践能力習得訓練コース
- * 日本版デュアルシステム

受講希望シート(A)

記入日 年 月 日

次のとおりに障害者委託訓練の受講を希望します

写真は
面接時に
提出してください

縦4.0センチメートル
横3.0センチメートル
程度
(スナップ写真可)

氏名	フリガナ		性別		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)				
現住所	郵便番号				
	電話	FAX	携帯		
	メールアドレス				
	最寄駅	線			駅
	バス停		徒歩		分
緊急連絡先	氏名	本人との 関係	連絡先		
支援機関 通所施設 (名称・担当者)	名称				
	担当者名			連絡先	

障害種別と手帳の交付日	手帳の等級など	障害の内容 ※必ずご記入ください
<input type="checkbox"/> 身体障害 <small>手帳交付日 年 月 日</small>	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級	
<input type="checkbox"/> 知的障害 <small>手帳交付日 年 月 日</small>	<input type="checkbox"/> 愛の手帳 () 度 <input type="checkbox"/> 判定書 ()	
<input type="checkbox"/> 精神障害 <small>手帳交付日 年 月 日</small>	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 主治医の意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書	
<input type="checkbox"/> 発達障害	<input type="checkbox"/> 手帳保持者は手帳名・等級を記入 () <input type="checkbox"/> 主治医の意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書	
<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 難病指定の医療受給者証 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他公的機関が交付する証明書	
<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 手帳保持者は手帳名・等級を記入 () <input type="checkbox"/> 医師の診断書	
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 主治医の意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書	

このシート(A・B)両面の情報を障害者委託訓練に限定して使用することに同意します。

本人署名 _____

財団記入欄			
担当		登録	
/		/	

※受講希望シート(A)と(B)の原本を東京しごと財団までお送りください

財団整理番号 _____

受講希望シート(B)

氏名			
ご希望の訓練について	区分	<input type="checkbox"/> 知識・技能習得訓練コース <input type="checkbox"/> 障害者向け日本版デュアルシステム <input type="checkbox"/> 実践能力習得訓練コース	
	訓練名		
	志望の動機		
必要な配慮希望等 (自由記入)			
最終学歴	在学期間		学校名・学科
	年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
職歴 新しいものから記入 就労支援機関等の訓練や通所などもご記入ください	在職期間		仕事の内容
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		

公共職業安定所記入欄			
受付日	年 月 日	求職番号	
安定所名	公共職業安定所	担当者	
コース区分	<input type="checkbox"/> 知識・技能習得訓練コース <input type="checkbox"/> 障害者向け日本版デュアルシステム <input type="checkbox"/> 実践能力習得訓練コース		
委託先			
訓練名	コースNO —		
訓練開始	年 月 日 予定		
公共職業訓練 受講歴	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 修了 ・ <input type="checkbox"/> 中退) <input type="checkbox"/> なし		
	訓練期間	年 月 から 年 月	
	訓練機関		訓練名
雇用保険	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 資格なし		
備考			